Deutscher Bundestag **Drucksache 14/710**
14. Wahlperiode
31. 03. 99

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Dr. Gregor Gysi und der Fraktion der PDS — Drucksache 14/556 —

Entbürokratisierung teilstationärer und ambulanter Pflegeleistungen

Viele Einrichtungen, in denen teilstationäre und/oder ambulante Pflegeleistungen erbracht werden, haben häufig einen unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand und bekommen auch ihre Leistungen nicht entsprechend vergütet.

So geht ein großer Teil der Zeit, die eigentlich der assistierenden Begleitung der (häufig älteren) hilfsbedürftigen Tages- und/oder Kurzzeitgäste vorbehalten sein sollte, in der Antrags-, Nachfrage- und sonstigen Papierflut verloren.

Erfahrungen – z. B. in Ostsachsen – zeigen, daß trotz scheinbar klarer gesetzlicher Regelung allein ungeklärte Einstufungsfragen in die Pflegeversicherung (SGB XI), Zuständigkeitsgerangel, Kompetenzstreitigkeiten zu Leistungsvergütungen zwischen Kranken- und Pflegekassen (SGB V und SGB XI) sowie zu Leistungsverpflichtungen nach BSHG häufig zu monatelangem Einkommensausfall bei privaten Pflegediensten führen.

Als Probleme erweisen sich auch die sogenannte „Hotelkostenpauschale“, die z. B. in Sachsen mit 8,00 DM (acht!) pro Person und Tag ausgehandelt worden ist, ebenso wie das Abholen und Zurückbringen der Pflegebedürftigen.

Theoretisch wird hier davon ausgegangen, daß der Tagesgast vor der Haustür steht, ins Auto steigt und zur Einrichtung gefahren wird. Die Praxis ist anders. Die Betroffenen müssen oft noch angezogen bzw. nach der Rückkehr wieder gebettet werden. Diese Zeit ist bisher in keiner Kostenpauschale enthalten. Die Pflegeeinrichtungen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die das Wohl ihrer Tagesgäste (Patienten) im Auge haben, können nur einen Pauschalsatz von 5,00 DM (fünf) pro Fahrt einrechnen.

Weil Rahmenvereinbarungen in diesem Zusammenhang nicht greifen oder durch Verbürokratisierung nicht greifen können, sind die Leistungserbringer in der fatalen Situation, aus sozialer Verantwortung und in Achtung der Würde des Menschen die assistierende Begleitung im erforderlichen Umfang zu leisten, ohne darauf vertrauen zu können, daß ihnen dies anschließend entsprechend vergütet wird. Damit werden nicht nur Existenzen und Arbeitsplätze gefährdet, sondern auch der Pflege-Infrastruktur werden schwere Schäden zugefügt.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 29. März 1999 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Um die Pflegequalität zu sichern und zu erhöhen, Menschen in Würde gesund oder auch alt werden zu lassen, um diesem wichtigen Dienstleistungssektor bürokratische Hindernisse aus dem Weg räumen und um eine bundesweite Vergleichbarkeit von Leistungen und deren Vergütung in den verschiedenen Bundesländern realisieren zu helfen, fragen wir die Bundesregierung:

1. Welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung vor, um die Qualität der Pflegeversicherung im Interesse der Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen so zu erhöhen, daß sie nach der Zuordnung des Pflegeversicherungsbereiches zum Bundesministerium für Gesundheit und in Anwendung des § 141 SGB V (Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) solche Rechtsfragen für Leistungserbringer effizienter und unbürokratischer regelt, wie z. B.: die Festlegung von Grundsätzen und Maßstäben für die Qualität und Qualitätssicherung, die Vorschriften über Pflegevergütung, den Inhalt der Pflegeleistungen, die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen, die Abgrenzung der Aufwendungen für Pflegeleistungen von nicht pflegesatzfähigen Aufwendungen, die Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen?

Zu dem in Frage 1 angesprochenen Anliegen nach effizienterer und unbürokratischerer Regelung

– der Festlegung von Grundsätzen und Maßstäben für die Qualität und die Qualitätssicherung,
– der Pflegevergütung,
– des Inhalts der Pflegeleistungen,
– der personellen Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
– der Abgrenzungen der Aufwendungen für Pflegeleistungen von nicht-pflegesatzfähigen Aufwendungen und
– der Vergütungen für ambulante Pflegeleistungen

ist darauf aufmerksam zu machen, daß alle diese Regelungsbereiche nach geltendem Recht zu maßgeblichen Teilen der Verantwortung der Pflegeselbstverwaltung aus Kostenträgern und Leistungserbringern übertragen worden sind. Die Pflegeselbstverwaltung hat damit die Möglichkeit, durch Vereinbarungen auf Bundes-, Landes- und Ortsebene eigenständig und ohne staatliche Einflußnahme die pflegerische Versorgung effizient und unbürokratisch zu gestalten. Dabei ist die Bundesregierung stets bereit, durch flankierende gesetzliche Regelungen Unterstützung zu leisten. Sie hat daher mit maßgeblich Beteiligten bereits Kontakt zur Fortentwicklung des SGB XI auch im Hinblick auf verwaltungsvereinfachende Regelungen aufgenommen.

2. Wie steht die Bundesregierung zu den von Wohlfahrts- und Behindertenverbänden schon länger geforderten Konsequenzen hinsichtlich einer Vereinfachung der Verwaltung der Pflegeversicherung und zum Übergang vom Sachleistungs- zum Zuschußprinzip in der Pflegeversicherung?

   Wie und in welchen konkreten Zeitabschnitten will sie in diesem Zusammenhang die in der Koalitionsvereinbarung angekündigte und festgeschriebene Stabilisierung der Pflegeversicherung umfassender realisieren?

Zur Verwaltungsvereinfachung in der pflegerischen Versorgung wird auf die Antwort zu Frage 1 hingewiesen.

Zu der Forderung nach einem Umstieg vom Sachleistungs- hin zu einem Zuschußprinzip ist auf nachfolgende Gesichtspunkte hinzuweisen:

Gemäß der Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 20. Oktober 1998 sollen das Sachleistungssystem der Krankenversicherung gestärkt und Elemente der privaten Versicherungswirtschaft (z. B. Kostenerstattung) zurückgenommen werden. Der Vorschlag, das Sachleistungssystem abzuschaffen, läuft diesem eindeutigen Bekenntnis zum Solidar- und Sachleistungssystem als prägendem Merkmal der Sozialversicherung, das auch für die soziale Pflegeversicherung gilt, zuwider.

Die Abschaffung des Sachleistungssystems zugunsten von Zuschüssen würde zu erheblichen Mehrausgaben führen, weil dann nicht nur das Pflegegeld, sondern auch die höheren Zuschüsse in EU-Länder exportiert werden müßten.

Ein Umstieg in ein Zuschußsystem würde die Rolle der selbstverwalteten Pflegekassen schwächen, die als die berufenen und legitimierten Vertreter der Versicherten in deren Interesse verhandeln für die Sicherung der Pflegequalität und die Vermeidung unnötiger Kosten. Ein Umstieg läuft der Stärkung der Patientenrechte und der Verbesserung des Verbraucherschutzes entgegen.

Zur Umsetzung der Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird auf folgendes hingewiesen: Durch die zügige Einbringung des Entwurfs für das Vierte Gesetz des Elften Buches Sozialgesetzbuch hat die Bundesregierung die ersten Schritte zur Fortentwicklung und Stabilisierung der Pflegeversicherung eingeleitet. Die konkrete Umsetzung der in der Koalitionsvereinbarung niedergelegten weiteren Vorhaben wird derzeit eingehend geprüft.

3. Wie will bzw. kann die Bundesregierung ambulanten Pflegediensten per Gesetz oder Rechtsverordnung helfen, daß Zuständigkeits- und Kompetenzfragen in Auslegung von Gesetzen und Verordnungen durch Pflege- und Krankenkassen nicht auf dem Rücken von Betroffenen ausgetragen und so eine qualifizierte Pflege, Behandlung und Betreuung Betroffener nicht eingeschränkt sowie die Existenz von jungen Pflegediensten nicht gefährdet werden?

   Wie soll eine eindeutige und verbindliche Schnittstellenzuordnung hinsichtlich SGB V, SGB XI und BSHG auch im Zusammenhang mit der stationären Pflege gesichert werden?

Im Hinblick auf den Verwaltungsaufwand bei der Abrechnung von ambulanten und stationären Pflegeleistungen durch das Hinzukommen der Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber im Verhältnis zwischen SGB XI und BSHG bereits in § 13 Abs. 4 SGB XI eine Regelung getroffen, die wie folgt lautet:

„(4) Treffen Pflegeleistungen mit Leistungen der Eingliederungshilfe oder mit weitergehenden Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz zusammen, sollen die Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe vereinbaren, daß im Verhältnis zum Pflegebedürftigen nur eine Stelle die Leistungen übernimmt und die andere Stelle die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen erstattet.“

Der Gesetzgeber hat mit dieser Vorschrift deutlich gemacht, daß nicht nur die Leistungsübernahme durch nur eine Stelle im Außenverhältnis zum Pflegebedürftigen grundsätzlich zulässig ist, sondern hiervon auch tatsächlich Gebrauch gemacht werden muß, wenn gewichtige Gründe dem nicht entgegenstehen. Sinn und Zweck des § 13 Abs. 4 SGB XI ist es, die verwaltungsmäßige Abwicklung verschiedener Sozialleistungen im Pflegefall bei einem Sozialleistungsträger zu konzentrieren und hierdurch insgesamt eine vereinfachte Abwicklung der Leistungserbringung zu ermöglichen.

Bei der Ausgestaltung des § 13 Abs. 4 SGB XI als Soll-Vorschrift ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, daß nach ausreichenden praktischen Erfahrungen und einer eindeutigen Klärung der jeweiligen Leistungsanteile der Sozialleistungsträger grundsätzlich die Voraussetzungen für eine Leistungsübernahme durch nur eine Stelle im Außenverhältnis zum Pflegebedürftigen vorliegen und die Pflegekassen sowie die Träger der Sozialhilfe sodann hierüber eine Vereinbarung treffen. Die Voraussetzungen für eine entsprechende Verwaltungspraxis liegen inzwischen vor und sollten im Interesse aller Beteiligten an einer effektiven Begrenzung des Verwaltungsaufwandes auch genutzt werden.

4. Welche rechtlichen Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, daß Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die Gäste (Patienten) unmittelbar nach Krankenhausaufenthalten zeitweilig pflegen, ihre Abrechnungen (z. B. über einen höheren pauschalen Pflegesatz oder über eine zeitweilige Höherstufung nach SGB XI) auf der Grundlage der Aktenlage des Krankenhauses vornehmen können?

Bei zugelassenen Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI richtet sich der Vergütungssatz für die Heimbewohner nach der Vergütungsklasse. Bei der Bildung der Vergütungsklassen sind die drei Pflegestufen nach § 15 SGB XI zugrunde zu legen (§ 84 Abs. 2 SGB XI). Dies setzt allerdings – gerade auch bei stationärer Pflege im Anschluß an einen Krankenhausaufenthalt – voraus, daß zuvor eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung stattgefunden hat. Zur Beschleunigung des Begutachtungsverfahrens bei Krankenhausaufenthalten sehen daher die Begutachtungsrichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 21. März 1997 unter Punkt 2.4. vor:

„Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, daß zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung (z. B. Kurzzeitpflege, Wohnumfeldverbesserung) eine Begutachtung im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung erforderlich ist, ist die Begutachtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. . . .“

Aus Sicht der Bundesregierung läßt sich bei konsequenter Anwendung dieser Vorgabe die in Frage 4 aufgeworfene Problematik der Vergütung teil- oder vollstationärer Pflegeleistungen im Anschluß an einen Krankenhausaufenthalt zufriedenstellend lösen.

5. Unter welchen rechtlichen Voraussetzungen sollten nach Auffassung der Bundesregierung teilstationäre und ambulante Krankenpflegedienste für ihre Gäste (Patienten) zeitweilige Pauschalabrechnungen vornehmen, wenn diese aufgrund einer vorübergehenden Verschlechterung ihrer Situation eines höheren Pflege-Assistenz-Aufwands bedürfen?

Zur Beantwortung dieser Frage ist zu differenzieren zwischen ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen.

Eine vorübergehende Verschlechterung des Zustandes eines Pflegebedürftigen, die zu einem erhöhten Bedarf an ambulanten Pflegesachleistungen führt, kann durch eine verstärkte Inanspruchnahme des Pflegedienstes aufgefangen werden. Beispiel: Zusätzlich zu einem Einsatz am Morgen benötigt ein Pflegebedürftiger auch vorübergehend Hilfestellung am Abend. Die zusätzlichen Einsätze müssen dann auch bezahlt werden. Dies rechtfertigt eine Ausweitung der Vergütungssätze pro Einsatz nicht. Soweit im Rahmen der Einsätze selbst eine intensivere Betreuung notwendig ist – ohne daß zahlenmäßig mehr Einsätze abgerufen werden –, ist dieser Aufwand (ohne Aufpreis) über die vereinbarten Vergütungssätze abgegolten. Hiervon gehen auch die Spitzenverbände der Pflegekassen aus, die in ihren Empfehlungen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI vom 8. November 1996 hierzu folgendes ausführen:

„Der Pflegedienst bringt die Leistungen bezogen auf den individuellen Bedarf des Pflegebedürftigen. Die zu einem Leistungskomplex zusammengefaßten Verrichtungen stellen keine abschließende Aufzählung dar. Vielmehr sind im Rahmen eines Leistungskomplexes alle Tätigkeiten, die unter Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation erforderlich sind, durchzuführen.“

Soweit sich der Zustand eines Tagespflegegastes vorübergehend verschlechtert und er deshalb die Einrichtung an mehr Tagen in der Woche in Anspruch nehmen muß, stellt sich die Frage nach einer geänderten Pauschalabrechnung nicht, weil hier die zusätzlich anfallenden Tagespflegesätze abgerechnet werden können. Aber auch ein höherer Betreuungsaufwand – etwa wegen eines vorübergehenden Verwirrtheitszustandes – erfordert keine „Pauschalabrechnungen“, wie die Fragestellung nahelegt. Derartige Schwankungen müssen im Rahmen der mit den Kostenträgern auszuhandelnden allgemeinen Vergütungssätze Berücksichtigung finden. Dies gilt auch deshalb, weil sonst die Vergütungssätze für jeden Pflegebedürftigen individuell festgesetzt würden. Das widerspräche dem Vergütungsrecht nach dem SGB XI, das auch für die Tagespflege lediglich drei Vergütungsklassen vorsieht, und die Bemessung der Vergütungen für alle Besucher nach gleichen Grundsätzen vorschreibt.

6. Inwieweit besitzt die Bundesregierung Erkenntnisse über vorhandene Standards bei den „Hotelkosten“ und über tatsächliche Aufwendungen für diese „Hotelkosten“ (Frühstück, evtl. zweites Frühstück, warmes Mittagessen, Vesper, anteilig Heizung, Strom, Wasser) in Tagespflegeeinrichtungen (bitte getrennt nach Bundesländern angeben)?

7. Inwieweit sind der Bundesregierung Standards, Erfahrungen oder Musterspeisepläne bekannt, durch die z. B. mit 8,00 DM Hotelkostenpauschale in Tagespflegeeinrichtungen mit beispielsweise 12 Plätzen und rund 90 %iger Auslastung die Gäste abwechslungsreich und ernährungsphysiologisch optimal verpflegt werden können (bitte möglichst verschiedene Muster-Wochenspeisepläne angeben)?

Über die Standards bei Unterkunft und Verpflegung in Tagespflegeeinrichtungen liegen bundesweit gebündelt keine Erkenntnisse vor. Dasselbe gilt für Muster-Wochenspeisepläne.

Nach Erkenntnissen aus der Begleitforschung zum Modellprogramm zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger liegen die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (soweit nicht prozentual vom Gesamtentgelt abgesetzt) in den nachfolgend aufgeführten Bundesländern zwischen 8 DM (Sachsen) und 30 DM (Mecklenburg-Vorpommern). Im einzelnen:

Bundesland	Entgelte für Unterkunft und Verpflegung
Baden-Württemberg	10,50 DM
Bayern	12,00 DM
Brandenburg	20,00 DM (1995)
Bremen	30 % des Gesamtentgeltes (1995)
Mecklenburg-Vorpommern	30,00 DM (1997)
Nordrhein-Westfalen	30 % des Gesamtentgeltes
Saarland	25 % des Gesamtentgeltes
Sachsen	8,00 DM (1997)
Schleswig-Holstein	10,50 DM (1995)
Thüringen	15,00 DM (1995)

8. Welche Vorstellungen und Absichten hat die Bundesregierung bei der Neugestaltung des Tagespflegebereichs, um z. B. bei Fahrtkosten, die für das Abholen und Zurückbringen der Tagesgäste real anfallen, von Pauschalsätzen generell zu kilometerbezogenen Abrechnungen zu kommen, die ggf. einen „Ankleide-Faktor“ enthalten?

Zu dem in der Kleinen Anfrage übergreifend angesprochenen Themenbereich der teilstationären Pflegeleistungen wird zu Frage 8 vorab darauf hingewiesen, daß sich die Bundesregierung der Bedeutung dieser Leistungsart für die Aufrechterhaltung der häuslichen pflegerischen Versorgung sehr wohl bewußt ist. Sie hat daher zur Stärkung des Leistungsangebotes in der Tages- und Nachtpflege einen Gesetzentwurf zur Verbesserung dieser Leistungsart auf den Weg gebracht. Danach sollen die von den Pflegekassen monatlich zu übernehmenden Aufwendungen in der Pflegestufe II von 1 500 DM auf 1 800 DM und in der Pflegestufe III von 2 100 DM auf 2 800 DM aufgestockt werden. Die Bundesregierung hält dies für einen wichtigen Beitrag zur Entlastung der Pflegebedürftigen sowie zur Erhaltung und zum Ausbau der Leistungsangebote in der teilstationären Pflege.

Konkret wird zur Beantwortung von Frage 8 darauf hingewiesen, daß es nach dem Vertrags- und Vergütungsrecht des SGB XI der Selbstverwaltung aus Kostenträgern und Leistungserbringern obliegt, die Vergütungen zu vereinbaren. Dabei haben die Einrichtungen einen gesetzlich abgesicherten Anspruch auf leistungsgerechte Vergütungssätze, die es ihnen erlauben, bei wirtschaftlicher Betriebsführung ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die Einrichtungen haben die Möglichkeit, die von ihnen geforderten Vergütungssätze durch eine unabhängige Schiedsstelle festsetzen zu lassen und sie darüber hinaus ggf. gerichtlich einzufordern. Vor diesem Hintergrund wird derzeit nicht das Erfordernis gesehen, das Vergütungsrecht bis in einzelne Kostendetails gesetzgeberisch zu regeln. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil nach Angaben der Pflegekassen bereits jetzt vertragliche Vereinbarungen beispielsweise über kilometerabhängige Fahrtkostenregelungen existieren.